IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 255)
z dnia 15 czerwca 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 255)

15 czerwca 2023 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Czesława Hoca (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat wyników pilotaży, strategii i narodowych planów odnośnie do leczenia chorób nowotworowych w latach 2019–2023, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia i profilaktyki nowotworów kobiecych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Marzanna Bieńkowska** zastępca dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Agnieszka Kalita** doradca ekonomiczny w Najwyższej Izbie Kontroli, **Maciej Karaszewski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Anna Dańska-Bidzińska** oraz **Artur Prusaczyk** członkowie Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektor fundacji Alivia, **Magdalena Kardynał** prezes Fundacji OmeaLife, **Andrzej Nowakowski** kierownik poradni profilaktyki raka szyjki macicy Narodowego Instytutu Onkologii Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, członek Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, **Tadeusz Pieńkowski** prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi, **Katarzyna Pogoda** adiunkt w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej NIO PIB w Warszawie, **Krystyna Wechmann** prezes zarządu fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska" oraz **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji, panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat wyników pilotaży, strategii i narodowych planów odnośnie do leczenia chorób nowotworowych w latach 2019–2023, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia i profilaktyki nowotworów kobiecych. To jest punkt z planu pracy Komisji. Przedstawia minister zdrowia.

Czy są uwagi do proponowanego porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Panie ministrze, dziękuję za przygotowane materiały i oddaję panu głos, proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Bardzo serdecznie dziękuję.

Szanowni państwo, na ten temat – rozpatrzenie informacji na temat wyników pilotaży, strategii i Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie chorób onkologicznych, w szczególności chorób kobiecych – został państwu przekazany materiał w syntetycznej, ale bardzo szczegółowej formie. Uwzględnia on to, co się zdarzyło w ostatnim czasie w zakresie poszczególnych typów, rodzajów świadczeń. To zostało podzielone na informację na temat stanu realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej, która została przyjęta w 2019 r. Od tamtego czasu sytuacja w zakresie onkologii zmienia się strategicznie. Strategia została bardzo szeroko opracowana – na 10 lat – i podzielona na pięć obszarów.

Każdy obszar jest niezależnie, bardzo szeroko procedowany, żeby leczenie i diagnozowanie chorób onkologicznych było jak najlepsze. Te zadania są realizowane.

Pierwszy obszar to inwestycje w kadry medyczne, a następnie w edukację pacjenta, innowacje i system opieki onkologicznej. Na te wszystkie zadania została przygotowana strategia. Zostały wyodrębnione 93 zadania. Opracowany na 10 lat budżet Narodowej Strategii Onkologicznej – którą realizuje minister zdrowia – wynosi ok. 5 mld zł. To jest temat bardzo szeroki, wymaga zaangażowania wielu podmiotów, wielu jednostek, w tym jednostek podległych ministrowi zdrowia tj.: Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencja Badań Medycznych, Centrum e-Zdrowia – które jest naszą jednostką do spraw informatyzacji. Zaangażowane są również centra badawcze tj.: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Narodowy Instytut Onkologii czy Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, jak i ministerstwa współpracujące np. Ministerstwo Edukacji i Nauki, które ma bardzo duży udział w zakresie kształcenia razem z Ministerstwem Zdrowia. Bardzo wiele się dzieje.

Jeśli chodzi o sprawozdania w zakresie Narodowej Strategii Onkologicznej, to one będą corocznie realizowane, ponieważ zgodnie z art. 9 do 31 maja każdego roku jest przedstawiane sprawozdanie z realizacji strategii za rok poprzedni. Dane są zawsze przedstawiane na stronie internetowej.

Na ten rok na realizację strategii przewidzieliśmy 450 mln zł. Zdecydowana większość środków – 350 mln zł – jest przeznaczona na wydatki majątkowe, a 100 mln zł przeznaczono na wydatki bieżące. To zostało zatwierdzone uchwałą Rady Ministrów z 28 grudnia 2022 r.

W tym zakresie przewidziano 63 zadania. Wśród nich najważniejsze to wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej, która stała się faktem, dzięki zmianie prawa i wprowadzeniu ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Są również inne zadania, których część już jest realizowana, a część jeszcze czeka, jak chociażby zmiana w związku z rozpoczęciem szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego u dziewczynek i chłopców w wieku 12 i 13 lat – jako szczepienia populacyjnego dla tych dwóch roczników – finansowanego ze środków Funduszu Medycznego. Na te zadania jest przeznaczonych 75 mln zł. Świadczenia zostały rozpoczęte i będą realizowane przez najbliższe lata.

Bardzo istotne są stałe elementy, które są realizowane. To dotyczy wcześniejszych programów. Chodzi o zakup i wymianę wyeksploatowanego sprzętu, w szczególności akceleratorów. Praktycznie prawie wszystkie akceleratory, które są w podmiotach, są wymieniane. Na ten rok przeznaczono również środki finansowe na aparaty HDR i systemy do planowania leczenia, do radioterapii, aparaty PET, mammografy, sprzęt do diagnostyki i leczenia raka płuca. Kontynuowane są działania edukacyjne w zakresie kampanii „Planuję długie życie" i dalsze prace w związku z jakością kadry medycznej. W szczególności zostały zmienione zakresy egzaminów, które uwzględniają wiedzę związaną z profilaktyką i leczeniem onkologicznym, czyli to, co studenci, a później lekarze w trakcie specjalizacji, muszą wiedzieć. Kontynuowane są dalsze inwestycje w naukę i innowacje, m.in. w badania kliniczne, które bardzo mocno się rozwijają zarówno poprzez współpracę z Agencją Badań Medycznych w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych, jak i poprzez zmianę prawodawstwa europejskiego w zakresie badań klinicznych, a także dalsze wzmacnianie i rozszerzanie wykazu leczenia farmakologicznego w tym zakresie.

Jeśli chodzi o Krajową Sieć Onkologiczną, która została przyjęta ustawą z 9 marca 2023 r., to jej celem jest jak najlepsza organizacja opieki onkologicznej. Wiemy, że sprawne planowane świadczeń i ich realizacja zgodnie z najnowszymi wytycznymi to kwestie najistotniejsze. Chodzi o to, żeby pacjent dokładnie w tym momencie, kiedy tego potrzebuje, otrzymał dobre zdiagnozowanie i dobrze ustalony plan leczenia. Plan leczenia powinien być jednolicie realizowany w całym kraju. Nawet jeśli jednostka nie ma w pełnym zakresie wszystkich etapów procesu leczenia, to cały proces musi być tak zaprojektowany, aby pacjent miał dokładnie te same standardy we wszystkich jednostkach na terenie naszego kraju. Te zadania mają zapewnić kompleksowość opieki onkologicznej.

Bardzo istotnym elementem jest również wsparcie pacjenta. Chodzi o to, żeby miał koordynatora, który będzie dla niego wsparciem, będzie go prowadził, będzie wyznaczał

pacjentowi cały etap poszczególnych procesów. W przyszłości planujemy utworzenie infolinii onkologicznej, dzięki której pacjent zostanie umówiony na pierwszorazowe badanie, tak, aby pacjent zapisał się jak najszybciej do jednostki i mógł jak najpilniej rozpocząć leczenie.

W bieżącym roku – 31 marca 2023 r. – skończyliśmy przedłużany program pilotażowy. W czterech województwach cztery jednostki kończyły pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej, który był przyczynkiem do stworzenia Krajowej Sieci Onkologicznej. Pilotaż miał za zadanie ocenę zasadności i funkcjonowania modelu opartego na sieci centrów onkologicznych. Na początku, jak państwo wiecie, woj. dolnośląskie było liderem, przyjęło najwięcej pacjentów. Pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej obejmował część pacjentów tylko w zakresie siedmiu typów nowotworów.

Najwięcej pacjentów było objętych pilotażem w ramach nowotworu piersi – 12,5 tys., z tego około połowa była w woj. dolnośląskim. W trzech województwach – świętokrzyskim, pomorskim i podlaskim – faktycznie ci pacjenci stanowili mniejszą liczbę. Część województw weszła do programu w późniejszym okresie. Na drugim miejscu w programie był nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, a następnie nowotwór: jelita grubego, płuca, jajnika, in situ sutka oraz wtórny nowotwór złośliwy płuc.

Jeśli chodzi o badania profilaktyczne, to kontynuowana jest realizacja badań przesiewowych raka piersi. Nadal są realizowane programy badań przesiewowych – co 24 miesiące – dla wszystkich kobiet w wieku od 50 do 69 lat. Ten zakres jest przygotowywany do zmiany. Coroczne badania są przeznaczone dla pacjentek w tym samym wieku, u których nowotwór występował wcześniej wśród członków rodziny oraz dla tych kobiet, które mają określone mutacje w zakresie genu BRCA1 lub BRCA2. Programy profilaktyczne są tak skonstruowane, że po tym pierwszym etapie badania przesiewowego – w przypadku zdiagnozowania problemu zdrowotnego – pacjentki lub pacjenci w innych programach lekowych są kierowani do dalszego programu leczenia, pogłębionej diagnostyki, która stanowi dokładną poradę lekarską z ustaleniem dokładnego wyniku badania. W zależności od tego, jakiego nowotworu to dotyczy, konieczne jest ustalenie wskazań z wykonaniem badań diagnostycznych dedykowanych do poszczególnych programów profilaktycznych.

Jeśli chodzi o raka piersi, pacjentki, które się kwalifikowały, zgodnie z tym dwuletnim okresem, harmonogramem działań, stanowiły prawie 5,4 mln osób. W ramach programu zostało przebadanych 37,5%. Dodatkowo około 1/3 pacjentek była przebadana w ramach profilaktyki poza programem. To widzimy również w innych programach – cytologii i innych świadczeniach. W ramach programu część osób jest przebadana zgodnie z wytycznymi programu. Pacjenci mają też dostęp do badań w normalnych świadczeniach opieki zdrowotnej. Tam są realizowane zadania we wszystkich innych zakresach, które są świadczeniami gwarantowanymi.

Jeśli chodzi o raka szyjki macicy, to standardowe badanie jest realizowane co 3 lata w przypadku pacjentek w wieku od 25 do 59 lat. W przypadku pacjentek obciążonych genetycznie jest to 12-miesięczny okres powtarzania badań. W ubiegłym roku osób do przebadania – ponieważ to jest zdecydowanie większa populacja – zgodnie z tym interwałem trzyletnim mieliśmy około 10,5 mln. Przebadanych osób było ok. 11,5%.

Jeśli chodzi o ubiegły rok, to po raz pierwszy wprowadziliśmy rozszerzenie. Został poszerzony pilotaż HPV-DNA. Łącznie było 377 tys. pacjentek. Ten pilotaż HPV-DNA jest skonstruowany tak, że pacjentki są dzielone na dwie grupy. Pierwsza jest skierowana do standardowego leczenia, diagnostyki, zgodnie z aktualnymi wytycznymi, a druga jest skierowana do pilotażu HPV-DNA. To są inne badania. Celem badania jest uzgodnienie weryfikacji skuteczności nowych testów w programie profilaktyki raka szyjki macicy. W ubiegłym roku w ramach tego badania skierowano 16 tys. osób. Tak jak powiedziałem, trwają prace, żeby rozszerzyć ten program, jeśli chodzi o zakres wiekowy.

Również w ubiegłym roku było przejście pomiędzy programami, pomiędzy organizacją świadczeń dla pacjentów z zakresu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe. Przez ostatnie lata to było około 25 tys. osób. W ubiegłym roku te świadczenia były realizowane

do 31 sierpnia w ramach programu, a w kolejnym okresie były realizowane w ramach świadczeń finansowanych ze środków NFZ jako świadczenie gwarantowane.

Zostały przygotowane trzy produkty. Pierwszy obejmował opiekę nad rodzinami pacjentów wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika. Drugi zakres obejmował opiekę nad rodzinami pacjentów narażonych na zachorowanie na raka błony śluzowej trzonu macicy. Trzeci zakres obejmował opiekę nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau. W tym ostatnim okresie, już w ramach NFZ, zostało przebadanych 3,6 tys. osób. Jeśli chodzi o ten zakres… Tak jak we wszystkich badaniach profilaktycznych najpierw jest badanie przesiewowe, a później badania szczegółowe, które uszczegóławiają problem zdrowotny pacjentek.

Tak jak już powiedziałem, szczepienia na HPV są dostępne od 1 czerwca br. Jest to związane z ubiegłoroczną zmianą ustawy o Funduszu Medycznym. W pierwszej połowie tego roku przeprowadziliśmy wszystkie niezbędne procedury do zakupu szczepionek. Zakupy udało się zakończyć w maju i w maju były już dostawy szczepionek. Jest to badanie zalecane, ale nieobowiązkowe. Staramy się, aby jak najwięcej osób się zaszczepiło.

Przyjęliśmy do dyspozycji wszystkie rodzaje szczepionek, które są dostępne na rynku polskim, żeby pacjent miał prawo wyboru, którym preparatem chce się zaszczepić. To jest taki pierwszy zakres, bo co do zasady szczepionki są kupowane w ramach postępowania przetargowego, w którym wygrywa jeden typ. Chcemy, żeby jak najwięcej osób się zaszczepiło, w związku z tym zadbaliśmy o to, żeby mieli możliwość wyboru.

To szczepienie jest dedykowane dla dwóch roczników – dzieci w wieku 12 i 13 lat. W ramach wcześniejszego projektu rozpoczęliśmy szczepienia tylko jednego rocznika, wyłącznie dziewczynek. Ze względu na opóźnienia przyjęliśmy założenie, że czterokrotnie rozszerzymy zakres szczepień, czyli szczepimy dwa pełne roczniki zarówno dziewczynek, jak i chłopców.

Dodatkowo są realizowane również normalne świadczenia zarówno w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych, jak i świadczenia w zakresie lecznictwa szpitalnego. W związku z tym mamy świadczenia w zakresie porad ambulatoryjnych w ramach ginekologii i położnictwa. Z tego co pamiętam, akurat w Polsce mamy wystarczające kadry. Mamy chyba największą kadrę w Europie, w związku z tym nie ma problemu z dostępem do kadr. Oprócz zwykłego badania, zwykłych konsultacji – w tym cytologii, która jest pobierana – pacjentki mają możliwość wykonywania: mammografii, tak jak powiedziałem również w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, USG piersi, rezonansu magnetycznego piersi, które niedawno zostało wyodrębnione jako odrębne świadczenie gwarantowane, różnego rodzaju badań USG, badań diagnostycznych, biopsji kanału szyjki macicy, pochwy, sromu.

Również w ubiegłym roku była zmiana w zakresie badań przesiewowych raka jelita grubego. W ubiegłym roku zostało wydane rozporządzenie w zakresie badań gwarantowanych w zakresie profilaktycznych badań przesiewowych raka jelita grubego. W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak również lecznictwa szpitalnego, bardzo wiele osób ma możliwość wykonania badania kolonoskopii. W tym zakresie jest to świadczenie dedykowane do normalnej diagnostyki. W przypadku podejrzenia choroby czy w przypadku monitorowania stanu pacjenta to są normalnie realizowane świadczenia w ramach świadczeń gwarantowanych.

Oprócz tego kontynuujemy badania w zakresie wykrywania raka płuca. Cały czas był realizowany program europejski – zrealizowany ze środków Unii Europejskiej – wczesnego wykrywania raka płuca za pomocą niskodawkowej tomografii komputerowej. Dodatkowo prowadziliśmy program w kierunku wykrywania raka płuca. Zgodnie z harmonogramem miał się rozpocząć od 2024 r., ale został przyspieszony ze względu na bardzo istotną wartość kliniczną. Jest realizowany już od 2021 r. Został podzielony na pacjentów w wieku 55–74 lata, którzy mają konsumpcję tytoniu większą lub równą 20 paczkolatom i są aktywnymi palaczami oraz na osoby młodsze o 5 lat, od 50 r.ż., w przypadku których występują czynniki ryzyka.

Jeżeli chodzi o zakres zadań, które realizuje ministerstwo, to trwa Narodowy Program Zdrowia. Ten program jest podzielony na pięć celów operacyjnych, które są zwią-

zane ze zwiększeniem zachorowań na choroby onkologiczne. Są podzielone na: profilaktykę nadwagi i otyłości, uzależnień, profilaktykę zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne oraz wyzwania demograficzne.

Jeżeli chodzi o profilaktykę nadwagi i otyłości, to jest to bardzo istotny element, który wiąże się z bardzo dużą chorobowością związaną wyłącznie z wysoką nadwagą czy otyłością. Działa Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, które promuje, przekazuje informacje zgodne z evidence-based w zakresie, jak się odżywiać i jaka jest piramida żywienia. Uczy bezpośrednich i potencjalnych pacjentów, świadczy usługi na rzecz uczestników systemu ochrony zdrowia – lekarzy, pielęgniarek czy osób, które przygotowują posiłki. Dodatkowo powstało Centrum Dietetyczne Online, które udziela konsultacji pacjentom, współpracuje z Narodowym Funduszem Zdrowia i jest bardzo mocno wykorzystywane w zakresie bezpośredniej współpracy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam najmocniej, panie ministrze, nie wiem, czy ma pan jeszcze dużo informacji do przekazania, ale w przekazanych materiałach dostaliśmy bardzo szczegółowe informacje, a pan przedstawia to wszystko już pół godziny. Nie mówię, że ma pan już, w tej chwili kończyć, ale prosiłbym, żeby jednak zmierzał pan do puenty. Dobrze? Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dobrze, oczywiście.

Jest też bardzo duży zakres działań informacyjnych w prasie, radiu, telewizji. Ostatnio podpisywałem bardzo szczegółowe informacje w zakresie interpelacji poselskich, jak promujemy, jakie są kanały promocji w tym zakresie…. Dane są szczegółowe.

Realizujemy też centra kompetencji. Aktualnie zmieniamy model kompleksowej opieki onkologicznej w zakresie leczenia świadczeniobiorców z nowotworem piersi. Przygotowane są również centra kompetencyjne w zakresie nowotworów ginekologicznych. Działają nadal świadczenia profilaktyczne zabiegowe – profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów lub profilaktyczna mastektomia. To oczywiście dotyczy osób, które bezwzględnie się kwalifikują, mają bardzo istotne ryzyko wystąpienia tych nowotworów, czyli potwierdzoną obecność genu BRCA1, BRCA2, jak również obciążający wywiad w tym zakresie.

Jeśli chodzi o terapie refundowane, to cały czas są poszerzane. To jest największy program lekowy w ramach lecznictwa, w ramach programów lekowych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chciałem przedstawić główne elementy… To tak w skrócie, bo pan przewodniczący poprosił, żeby było trochę krócej, i, oczywiście, tak jest. Jesteśmy do państwa dyspozycji wraz z dyrektorem, z NFZ-em. Postaramy się odpowiedzieć na wszystkie pytania, a na te, na które nie możemy odpowiedzieć, udzielimy odpowiedzi na piśmie albo państwo się o tym dowiedzą… Procedura w wielu zakresach jest taka, że obwieszczamy projekty obwieszczeń czy obwieszczenia i wszyscy obywatele polscy mogą równocześnie dowiedzieć się o planach Ministerstwa Zdrowia, sukcesach lub porażkach.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze, za wyjątkowo wnikliwą analizę obecnej sytuacji i przedstawienie tego wszystkiego w postaci bardzo szczegółowych materiałów pisemnych.

Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Proponuję, żeby dyskusja była otwarta, to znaczy nie w podziale na posłów i zaproszonych gości, ekspertów, ale wspólna. Jeśli państwo – czy posłowie czy zaproszeni goście – chcą zabrać głos, to zapraszam do dyskusji. Pierwszy zgłaszał się pan poseł Hardie-Douglas. Bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu. Chcę powiedzieć, że od czterech lat, odkąd jestem posłem, upominałem się o szczepienia HPV. Co roku otrzymywałem odpowiedź, że to będzie dosłownie za moment. W 2019 r. ukazała się Narodowa Strategia Onkologiczna, która w oczywisty sposób obiecywała rozpoczęcie szczepień. Czekaliśmy do tego roku.

Chcę przypomnieć, że w tej chwili szczepienia przeciwko HPV na świecie odbywają się jako szczepienia powszechne w 125 krajach. Pierwsze kraje, takie jak Australia, wpro-

wadziły je już chyba 15 lat temu. Opóźnienie jest niesamowite, z takiego powodu polskie kobiety umierają na raka szyjki macicy, a nie musiałyby. Jest to niezwykle ważny temat.

Parę tygodni temu dowiedziałem się – a ponieważ nigdzie ta wiadomość nie była kolportowana, to zapewne dowiedziałem się jako jeden z pierwszych – że szczepienia będą realizowane od 1 czerwca. Wtedy powiedziałem – nie pamiętam, czy na posiedzeniu Komisji czy jakiegoś zespołu – że to będzie katastrofa, dlatego że państwo kompletnie nie przygotowali społeczeństwa do tego, że będą szczepienia, nie przekazali wiedzy na temat tego, jakie są korzyści z powszechnych szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego.

Mamy szczepienia. Pan minister nie powiedział o wynikach, to może ja przypomnę. Zaszczepionych jest mniej więcej 5 tys. dziewczynek i chłopców, 10 tys. jest zarejestrowanych. Nie znam dokładnie danych, ile jest dzieci w wieku 12–13 lat w Polsce, ale myślę, że to jest grupa ok.1,5 mln osób. Zainteresowanych, jak do tej pory, jest mniej więcej 15 tys. Można powiedzieć: „jaka piękna katastrofa", tylko naprawdę nie ma, z czego się cieszyć.

Państwo wydajecie olbrzymie pieniądze na – to, co jest napisane w tym opracowaniu, które dostaliśmy – ogólnopolską kampanię informacyjną. Myślę, że pan minister słuchał tych spotów. Ja słuchałem. Mówiłem o tym wczoraj na posiedzeniu podzespołu do spraw onkologii. Słuchałem tych spotów. One są beznadziejne. Tam jest to powiedziane w taki sposób: „Zaszczepcie swoje dzieci przeciwko wirusowi HPV". Nie ma ani słowa na temat tego, że to dotyczy raka szyjki macicy. Nie ma też żadnego tłumaczenia, dlaczego rodzice mieliby zaszczepić chłopców w wieku 12–13 lat. Przypomnę więc, że nie chodzi tylko o zabezpieczenie przed rakiem prącia czy w późniejszym wieku u pewnej grupy zmniejszenie liczby zachorowań na raka odbytu. Przede wszystkim chłopcy, którzy są zaszczepieni przeciw wirusowi HPV przed inicjacją, potem nie roznoszą tego wirusa, czyli w przyszłości nie będą zakażać kobiet i te kobiety nie będą chorować na raka szyjki macicy.

Uważam, że promocja szczepień jest źle zorganizowana. Czarno widzę poprawienie tego w najbliższych miesiącach. Bardzo ważnym elementem, o którym nie mówił pan minister, jest walka z antyszczepionkowcami. Nie walczycie z antyszczepionkowcami. To między innymi, obok tej beznadziejnej akcji informacyjnej, jest przyczyną tej klęski, jeżeli chodzi o wyniki szczepień.

Nie chcę tego tematu rozwijać, ponieważ on zawsze budzi dużo emocji. Mam swoją teorię na ten temat, dlaczego nie walczycie z antyszczepionkowcami. Państwo doskonale o tym wiecie. To są tylko względy polityczne utrzymania jedności w klubie Zjednoczonej Prawicy. Jednak bardzo proszę, żeby państwo to zmienili. Jeżeli w tej chwili się za to nie weźmiecie, to w Polsce będą kulały nie tylko szczepienia przeciwko HPV, lecz także przeciwko różnym innym chorobom. Z powrotem będziemy świadkami nawrotu różnych chorób, w przypadku których wydawało nam się, że już nie pojawią się w naszym kraju.

Należy zmienić tę akcję informacyjną i należy zmienić sposób szczepień. Uważam, że te szczepienia powinny być powierzone samorządom. To powinno pójść razem ze środkami, które są na to przeznaczone. Samorządy od wielu lat radzą sobie z problemem szczepień HPV. Jest wiele miast, w których w grupie wiekowej 12–13 lat zaszczepiono 60–70% populacji danych miast. Jeżeli państwo przekazaliby środki i to zadanie do samorządów, to te wyniki nie byłyby tak żenujące. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę kolejne zgłoszenia, zarówno ze strony gości, jak i posłów. Pozwolą państwo, że ja również zabiorę głos w dyskusji, bo niejako zostałem sprowokowany tym, co pan doktor powiedział przed chwilą.

Panie pośle, panie doktorze, gdyby to dotyczyło tylko HPV, to mógłbym w jakiejś części podzielać pana stanowisko. Rzecz w tym, że to jest szerszy problem i trwa od wielu lat. Teraz organizujemy, organizowaliśmy też w przeszłości, właściwie, odkąd pamiętam, widzę zresztą pana ministra Maksymowicza, a więc z jeszcze wcześniejszego okresu, z lat 90., prezesa Sośnierza... Szanowni państwo, niestety mamy do czynienia z takim nastawieniem naszego społeczeństwa. Wielokrotnie rozmawialiśmy na ten temat na posiedzeniach Komisji Zdrowia. Niezależnie czy to dotyczy kolonoskopii, czy innych badań, to mamy do czynienia z takim problemem, że statystycznie o wiele, wiele mniej Polaków

niż obywateli innych krajów, chociażby Europy Zachodniej, zgłasza się na badania. Tak, niestety, jest. Powiem, że nie jestem zdziwiony – to dotyczy również HPV – ponieważ takie jest nastawienie naszego społeczeństwa, które musimy wspólnie zmieniać.

Odnośnie do różnych rodzajów akcji profilaktycznych, promocji, reklamy, to zgadzam się, że ta reklama być może musi być bardziej przemyślana, ale generalnie to jest problem, który trwa od wielu, wielu lat. Nawet te darmowe badania profilaktyczne… Zdaje się, że one zostały zaproponowane w tym pakiecie dwa lata temu, a teraz będą już chyba co dwa lata. O tym możemy powiedzieć dokładnie to samo. Też relatywnie znikoma liczba osób, która jest w określonym wieku, zgłosiła się do lekarza, żeby przeprowadzić badania profilaktyczne, które są darmowe. Takie niestety mamy nastawienie, które oczywiście trzeba zmieniać. To wybrzmiało też przy okazji wystaw, które są urządzane – patrzę na panią poseł Dziuk – tej wczorajszej czy tej wcześniejszej dotyczącej onkologii kobiet. Ta ostatnia dotyczyła mężczyzn, ale wcześniej, 2–3 tygodnie temu, czy miesiąc temu, dotyczyła onkologii kobiet. Mamy niestety do czynienia z takim problemem, z czym oczywiście nie należy się godzić. Należy szukać rozwiązań, które będą skuteczniej i lepiej wszystkich informować, edukować.

Panie ministrze, chciałbym jednak zwrócić uwagę na te możliwości, które zostały przez państwa stworzone. Zgadzam się z tym, że od dłuższego czasu mówiono chociażby o tych szczepieniach przeciwko HPV. Chwała państwu za to, ale też posłom z Komisji Zdrowia, że te szczepienia zostały wprowadzone, tak samo jak i wiele innych działań, o których mówił pan minister. Dzieje się wiele dobrego – myślę, że przedstawiciele pacjentów pewnie o tym powiedzą – co nie znaczy, że wszystko jest OK. Mamy co nadrabiać i co zmieniać w mentalności, o której przed chwilą wspomniałem, żeby dążyć do poprawy tej sytuacji. Jednak za to, co pan minister tak szczegółowo przedstawił, serdecznie dziękuję.

Oddaję głos kolejnym osobom. Pan przewodniczący, Miller. Proszę bardzo.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, akurat...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Mam taką propozycję… Niech pan przewodniczący pozwoli… Nie ma wielu posłów, ale widzę, że właściwie wszyscy się zgłaszają. Zgłaszają się też zaproszeni goście. Mam taką propozycję – 3 głosy poselskie, 3 ekspertów i z powrotem. Może zróbmy w ten sposób, żeby to jakoś sprawiedliwie podzielić. Proszę bardzo, panie przewodniczący.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Na podstawie informacji uzyskanych od lekarzy pozwolę sobie mieć zupełnie inne zdanie niż pan przewodniczący. Lekarze mówią – okręgowe rady lekarskie – że to jest jedna wielka improwizacja, że program nie został przygotowany, że nie było akcji informacyjnej, a podmioty, które chciały brać udział w szczepieniach, mogły się zapisać w ostatnim momencie i nie dostawały szczepionek. Tak więc ta akcja…

Nie będę już wspominał tego, że pod koniec zeszłej kadencji od przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia uzyskałem informację, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Polsce jako jedyna w Europie przekazała, że te szczepienia są nieskuteczne. Nie chcę tego… Tak było na posiedzeniu zespołu do spraw onkologii. W każdym razie była negatywna ocena AOTMiT. Panie ministrze, pana nie było. Mówił to wiceminister, już nie pamiętam nazwiska. Profesorowie, którzy byli na spotkaniu tego zespołu, o mało nie spadli z krzeseł. Takie było stanowisko ministerstwa wobec akcji szczepień.

Proszę państwa, nie ma żadnej kampanii, która propagowałaby te szczepienia. Jest tylko kampania, pokazujecie spoty, w których mówią: „zaszczep przeciwko HPV”. Zwykłemu Kowalskiemu, zwykłej pani Malinowskiej to niewiele mówi. Nie ma informacji o tym, że to jest profilaktyka zachorowania na raka szyjki macicy. Już nie mówię o nowotworach, o których mówił mój przedmówca. Są to nowotwory u mężczyzn, ale nie tylko organów płciowych, bo również błon śluzowych nosogardła itd. Ja jestem laryngologiem.

Proszę państwa, corocznie wydawane jest 2,8 mld zł na telewizję państwową. Nie znajdujemy w telewizji państwowej takiej informacji, która naprawdę docierałaby do ludzi i przekonywała ich, że te szczepienia są potrzebne i konieczne.

Termin szczepienia? 1 czerwca, kiedy dzieci zaraz wyjeżdżają na wakacje. Przecież to wszystko jest nieprzemyślane. To wszystko jest robione ad hoc. To wszystko jest nieprofesjonalne. Przejdę jednak do konkretnych pytań, bo mam nadzieję, że ministerstwo wyciągnie wnioski, zmieni dotychczasowe działania i będzie działać tak jak powinno.

Jest jeszcze pytanie… Mamy dwa rodzaje szczepień. Jedne z nich są dobrowolne i płatne, a drugie obowiązkowe i bezpłatne. Te są dobrowolne i bezpłatne. Jest więc pytanie, czy – ze względu na zagrożenie dla całej populacji – to nie powinno być jednak szczepienie obowiązkowe? Pozostawiam to do rozważenia.

Chciałbym do pana ministra skierować pytanie od grupy pacjentek chorujących na raka piersi. Panie ministrze, w lipcu 2022 r. pan premier Morawiecki powiedział, że ta grupa chorych będzie objęta szczególną opieką i znajdziemy się w czołówce państw europejskich, jeżeli chodzi o skuteczne leczenie raka piersi. Dzisiaj pacjentki są przerażone tym, że dalej nie ma dostępnych leków – tych najbardziej nowoczesnych. Państwo ciągle zasłaniacie się tym, że decyzja refundacyjna dopiero będzie podjęta, a mamy już połowę 2023 r. W związku z tym chciałbym zapytać, jak wygląda sytuacja z dostępem do takich leków jak trastuzumab. Panie pośle, nie jest dostępny. Chciałbym panu powiedzieć, że dzisiaj kosztuje 38 tys. zł. Tak, 38 tys. zł dzisiaj kosztuje…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, panie przewodniczący…

Poseł Rajmund Miller (KO):

Nie chcę, żeby pan poseł…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Niech pan kontynuuje, bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Czy pan może mi nie przerywać i być kulturalny? Bardzo pana proszę. To taki niegrzeczny zwyczaj z pana strony.

Abemacyklib… Chciałbym – w imieniu pacjentek, które chorują na raka piersi – zapytać pana ministra, jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o dostępność do tych leków, wpisania ich na listy refundacyjne i kiedy te decyzje zostaną podjęte. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Tak jak zapowiedziałem, teraz przechodzimy do grona zaproszonych gości. Bardzo proszę.

Prezes zarządu fundacji Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych Krystyna Wechmann:

Krystyna Wechmann, reprezentuję Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych.

Chciałabym się odnieść do pierwszej wypowiedzi pana posła. Zostawmy to zapóźnienie, jeżeli chodzi o szczepienie HPV, dlatego że faktycznie były spotkania zespołów, mówiliśmy o tym. Wolałabym się skupić teraz na tym, że to szczepienie zostało wprowadzone.

Zgadzam się, że kampania edukacyjna nie jest najlepsza. Są dyskusje, że to może być duży niewypał. Jednak z punktu widzenia nas, organizacji pacjentów – mówię w imieniu PKPO – trzeba by skupić się na tym, żeby zarówno kampania, jeżeli mówimy o szczepieniach HPV, jak i cała profilaktyka raka szyjki macicy… Myślę, że zwykła standardowa cytologia jest niewystarczająca. Od dłuższego czasu mówimy o płynnej cytologii. Mówimy, że obecny program dotyczący szyjki macicy jest niedoskonały, nie spełnia kryteriów i wytycznych zorganizowania badań przesiewowych, jakie są w innych krajach europejskich.

To dotyczy zarówno małej zgłaszalności na cytologię, jak i mammografię. Tu jesteśmy również od lat… Nie możemy wypracować mechanizmu, który spowodowałby zwiększenie liczby zgłoszeń kobiet na badania przesiewowe. Apeluję więc do Ministerstwa Zdrowia o wdrożenie kampanii edukacyjnych dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy czy to poprzez powrót do indywidualnych zaproszeń, na które raczej nie ma zgody, zaproszeń telefonicznych czy poprzez wdrożenie zmian w protokole programu profilaktyki

raka szyjki macicy m.in. przez wprowadzenie innowacyjnych metod badania cytologicznego, wprowadzenie czułych testów HPV-DNA.

Jako organizacja byliśmy bardzo ciekawi, jak wyglądał przeprowadzony pilotaż, ten pilotaż programu profilaktyki raka szyjki macicy, jeżeli chodzi o wyniki. Rozmawiałam z prof. Nowakowskim, który prowadził pilotaż. Gdyby dzisiaj była taka możliwość, żeby pan przewodniczący udzielił głosu panu profesorowi… Dlaczego nie możemy uzyskać tych wyników, które są dla nas bardzo ważne, żeby edukować chociażby w tej grupie, do której mamy dostępność?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Z przyjemnością udzielę głosu panu profesorowi, jeżeli się zgłosi. Panie profesorze, udzielam głosu.

Kierownik Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w Narodowym Instytucie Onkologii Andrzej Nowakowski:

Panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, Andrzej Nowakowski, reprezentuję Narodowy Instytut Onkologii, dzisiaj także Polskie Towarzystwo Onkologiczne.

Od czterech lat w instytucie, w poradni, którą prowadzę na Ursynowie – w Poradni Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – a także w siedmiu konsorcjach na terenie całego kraju, prowadzimy pilotaż, o którym już wspominał pan minister. Pilotaż ma za zadanie porównać skuteczność badań cytologicznych – które, jak wiemy, nie są idealną metodą profilaktyki ze względu na wyniki fałszywie ujemne i kobiety chorujące po ujemnym badaniu cytologicznym – z nowymi technologiami, o których wspomniała pani Krystyna Wechmann, czyli badaniami molekularnymi.

Rekrutacja do tego pilotażu – obejmująca 34 tys. kobiet – zakończyła się w zeszłym roku w listopadzie. 90% wyników – już po wyłączeniu wszystkich pacjentek, aczkolwiek pogłębiona diagnostyka trwa dalej – zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia i, o ile wiem, do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W Narodowej Strategii Onkologicznej jest zapisane, że te badania wejdą w przyszłym roku – 2024.

Chciałbym powiedzieć, że liczymy na współpracę ministerstwa. Mam nadzieję, że ta diagnostyka HPV, która jest dużo bardziej skuteczna, stanie się standardem w profilaktyce raka szyjki macicy u polskich kobiet. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Proszę bardzo.

Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi Tadeusz Pieńkowski:

Proszę państwa, chciałbym zmienić temat i przedyskutować kilka zagadnień związanych z wykrywaniem raka piersi…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym prosił o przedstawienie się, bo to wszystko jest potrzebne do protokołu.

Prezes Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi Tadeusz Pieńkowski:

Tadeusz Pieńkowski, Polskie Towarzystwo Senologiczne. Jestem pracownikiem naukowym Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Pracuję również w Radomskim Centrum Onkologii i od wielu lat zajmuję się zagadnieniami związanymi z rakiem piersi.

Powstanie centrum kompetencji jest bardzo dobrym kierunkiem. To, co usłyszeliśmy od pana ministra, że niezależnie od lokalizacji tego miejsca, we wszystkich miejscach standard leczenia ma być taki sam, to jest cel, do którego bezwzględnie należy dążyć. Natomiast mam wątpliwości związane z tym, że w materiałach – dotyczących tworzenia sieci onkologicznej – minimalna liczba chorych operowanych w ciągu roku w takim centrum jest określona jako 250. Nie znajduję żadnego źródła dla określenia tej liczby. Międzynarodowe organizacje naukowe, międzynarodowe organizacje akredytacyjne przyjmują zwykle granicę 100–150, w Szwajcarii jest 80. Wynika to z tego, że w przypadku raka piersi mamy do czynienia z sytuacją, że choroba stała się przewlekła, operacja jest jednorazowym działaniem, natomiast te kobiety pozostają w leczeniu przez miesiące i lata.

Chorobowość raka piersi wynosi w tej chwili około 220 tys. To jest liczba kobiet, które miały rozpoznanego raka piersi w ciągu ostatnich 10 lat, z czego co najmniej połowa jest aktywnie leczona. Im ta liczba będzie większa, tym to lepiej świadczy o jakości naszych działań, jeśli chodzi o leczenie tej choroby, bo czynna profilaktyka w skali populacyjnej nie ma tu racji bytu. Proponowałbym zmniejszenie liczby obowiązkowych operacji do 100–150. Po to, żeby liczba tych ośrodków była na tyle duża i by były tak rozmieszczone, żeby wszystkie potrzebujące osoby mogły uzyskać tam pomoc.

Jeśli chodzi o mammografię przesiewową i cytologię przesiewową, to one różnią się od mammografii diagnostycznej czy profilaktycznej, od cytologii diagnostycznej, bowiem badania przesiewowe muszą spełnić bardzo restrykcyjne wymogi jakościowe. W mammografii przesiewowej mówimy kobietom: „jesteś zdrowa, zapraszamy za 2 lata". To jest ogromna odpowiedzialność. Ta mammografia, o której tu było wspomniane, że 1/3... Mniej więcej drugie tyle kobiet wykonuje mammografię w ramach normalnych świadczeń specjalistycznych. Jakość tej mammografii nie jest tożsama z jakością mammografii przesiewowej. Należy dołożyć wszelkich starań do tego, żeby ta liczba 37% się podwoiła. To wtedy będzie mogło mieć charakter populacyjny dla całego społeczeństwa.

Jeśli chodzi o tworzenie ośrodków kompetencji – ośrodków temu dedykowanych – to widzę jeszcze dwa problemy, które przed tym stoją. Pierwszy to wypracowanie mechanizmu certyfikacji czy akredytacji tych ośrodków. Drugi to stworzenie publicznie dostępnych rejestrów, prowadzonych na bieżąco, dotyczących aktywności tych ośrodków.

Natomiast jeżeli chodzi o farmakoterapię raka piersi, to oczywiście nie ma takiego raju na Ziemi, gdzie wszystko byłoby dostępne, ale w chwili obecnej dostępność do leków jest bardzo dobra. Jest przejrzysta droga dochodzenia do kolejnych leków. Wymieniony wcześniej trastuzumab to zapewne pomyłka. Chodziło o trastuzumab z jakimś przedrostkiem, bo trastuzumab jako lek jest w pełni dostępny. Jest refundowany we wszystkich zarejestrowanych wskazaniach.

Pertuzumab jest dostępny z pewnymi ograniczeniami. Abemacyklib jest dostępny w leczeniu choroby uogólnionej. Trwają negocjacje dotyczące stosowania tego leku w leczeniu uzupełniającym. Bardzo oczekujemy na refundację leku trastuzumab derukstekan – to jest kolejna generacja leków. To nie jest to samo, co trastuzumab. To zupełnie inny mechanizm działania, który wykazał się wyjątkową skutecznością. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Wracamy do posłów. Kto z państwa chciałby zabrać głos? Zdaje się, że zgłaszał się pan poseł Sośnierz. Proszę bardzo.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

Jeśli chodzi o program HPV, szczepienia, to bardzo dobrze, że jest, tylko oczywiście dbajmy o to, żeby jak najlepiej się rozwinął. Nie ma powodu, żeby to w tej chwili kontestować. Oczywiście może być lepiej, ale najważniejsze, że są rezultaty, a na nie musimy poczekać trochę lat i poczekajmy.

Natomiast chciałbym odnieść się do samej formy informacji. Zawsze programy były lub są wdrażane w zamiarze osiągnięcia jakichś celów. Czytając to sprawozdanie, można odnieść wrażenie, że ono jest o tym, jak wydajemy pieniądze na te programy, a nie o tym, jakie rezultaty uzyskujemy. Być może są też jakieś rezultaty, ale dobrze byłoby je przedstawić.

Wiele z tych programów to kontynuacja programów wieloletnich, realizowanych przez wiele lat z pewnymi modyfikacjami. Na niektóre rezultaty, na rezultaty nowych programów – teraz HPV – trzeba poczekać, ale są takie programy, że rezultaty można uzyskać trochę wcześniej i badać, czy w ogóle sensownie wydajemy pieniądze. Radość z uzyskiwania tych pieniędzy przez świadczeniodawców może jest duża, ale trzeba pamiętać, że przecież celem programów nie było to, żeby wydać pieniądze. Czytając ten dokument, można odnieść takie wrażenie. Nigdzie, w przypadku żadnego programu, nie znalazłem rezultatu działań.

Na przykład, jeśli chodzi o raka płuc, to słusznym celem jest zwiększenie odsetka wykrywanego raka na wczesnych etapach. Po dwóch latach funkcjonowania programu można już jakoś zmierzyć, czy uzyskujemy te efekty, czy tylko wydajemy pieniądze, wszy-

scy są zadowoleni, pieniądze płyną, a jak było, tak i jest. I to nie tylko w tym zakresie. Właściwie w każdym przedstawionym programie można by pokazać cel, który czasem można podsumować już po dwóch latach.

Nie czepiałbym się HPV, bo ten rezultat będzie widoczny dopiero za wiele lat, natomiast w innych programach… Właściwie nigdzie nie ma rezultatów, poza tym, że coś się dzieje i wydaje się pieniądze. Najczęściej w tych wszystkich programach nie chodzi o pieniądze, chociaż one też są początkiem tego procesu, żeby uruchomić program, ale o organizację opieki zdrowotnej. To jest największy mankament polskiej ochrony zdrowia – zła organizacja udzielania świadczeń, która powoduje, że nawet wydawanie dużych pieniędzy nie przynosi rezultatu, o który nam chodzi.

Prosiłbym więc, żeby w przyszłości w ramach programu nie pisać tylko o tym, ile zrealizowano świadczeń. Jeżdżą te dentobusy, nie wiadomo po co. Czy mają jakieś rezultaty? Jeżdżą mammobusy. Z tym też jest problem, bo potem jest kwestia kontynuacji leczenia… Świadczenia są realizowane, ale nie widać rezultatów. Dobrze byłoby oceniać te programy, bo być może niektóre albo trzeba bardzo zmodyfikować, albo nawet zlikwidować, jeśli nie przynoszą efektu, a są tylko na nie wydawane pieniądze. Na to chciałem zwrócić uwagę.

Poza tym jest Narodowy Program Zdrowia. Tu jest wymieniony taki cel – zwiększenie lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu. No, konia z rzędem… Jak tę nierówność w zdrowiu będziemy mierzyli? Powiemy, że coś robimy, bo chcemy zmniejszyć nierówność w zdrowiu, ale jakim miernikiem będziemy się posługiwali, żeby mierzyć nierówność w zdrowiu. To nie jest łatwe. To jest bardzo trudne. Czy ta nierówność nam spada, czy też nie? Hasła są szlachetne, ale pieniądze idą…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, pan zawsze potrafił mówić krótko i na temat, a tu pan się powtarza. Bardzo proszę, pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, musimy jednak wrócić trochę do historii, mimo że pani Krystyna Wechmann chciałaby, żebyśmy mówili tylko „do przodu".

Chciałbym powiedzieć, że jeśli chodzi o szczepienia, to jeszcze niedawno byliśmy liderem w Europie i na świecie, biorąc pod uwagę liczbę wyszczepień, jeżeli chodzi o kalendarz szczepień obowiązkowych. Byliśmy na poziomie 95, 96, 98%. Dzisiaj, w przypadku niektórych chorób, spadamy nawet poniżej 90%. Myślę więc, że to jest sytuacja dramatyczna, bo jeszcze 10 lat temu rodzin, które nie szczepiły swoich dzieci, było 10 tys., a dzisiaj jest ok. 80 tys. To jest skala naprawdę dramatyczna chyba dla nas wszystkich.

Wracając do szczepień przeciwko HPV… Powiedziano już wiele mądrych rzeczy, bo rzeczywiście od kilkunastu lat czekaliśmy na te szczepienia, które są na całym świecie… Mam pytanie do pana ministra. W tym roku chcieliśmy wyszczepić dwa roczniki – 2010 i 2011. W związku z tym, że już mamy czerwiec, za chwilę wakacje, nie jesteśmy w stanie jako system spowodować, żeby kilkaset tysięcy dzieci zostało zaszczepionych. Jeżeli kilkadziesiąt będzie zaszczepionych, to i tak będzie duży sukces. Co z tymi chłopcami i dziewczętami w przyszłym roku? Czy jeśli w tym roku się nie zaszczepią, bo nie będzie fizycznej możliwości, to czy w przyszłym roku będą mogli skorzystać z bezpłatnych szczepień, czy też wpadną do tego refundacyjnego, jednego, wspólnego pomieszczenia i rodzice będą musieli płacić za te szczepienia. To jest temat, o którym powinniśmy wiedzieć i uświadomić to rodzicom, że jeżeli w tym roku nie zaszczepią dzieci, to w przyszłym roku, niestety, będą musieli ponieść konsekwencje finansowe i szczepić je z własnych zasobów.

Mam drugie pytanie dotyczące raka płuca. Na jednym z naszych ostatnich posiedzeń parlamentarnego zespołu do spraw onkologii mówiliśmy o raku płuca i możliwości zwiększenia jego wykrywalności. Mam pytanie w związku z tym, że pojawił się program profilaktyczny, pilotażowy, dotyczący tomografii niskodawkowej. O to również pytał pan dr Sośnierz, czy możemy coś mówić o wynikach tego pilotażu trwającego już 2 lata. W związku z tym pytanie, kiedy tomografia niskodawkowa będzie dostępna w ramach

publicznego systemu ochrony zdrowia. W jakim trybie mogłaby być stosowana? Jest stosowana chyba w dziesięciu województwach, a jest potrzeba, żeby to wprowadzić do powszechnego systemu ochrony zdrowia. Kiedy to nastąpi i w jakim trybie, bo w strategii jest zapisane, że w 2024 r., ale czy na początku roku, już od stycznia, czy z końcem 2024 r.? Mam takie dwa pytania odnośnie do tych szczepień dzieci i tomografii niskodawkowej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Muszę powiedzieć tylko jedną rzecz, panie pośle, że skutki stochastyczne nie mają dawki progowej. Trzeba zawsze o tym pamiętać. Są prace amerykańskie, brytyjskie o indukowaniu nowotworów wskutek diagnostyki z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, o indukowaniu nowych nowotworów. Trzeba zawsze o tym pamiętać.

Poseł Marek Hok (KO):

Z panem doktorem radiologiem nie będę…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Wiem, ale proszę o tym pamiętać. To jest nowe spojrzenie na stare sprawy. Ono jest już od pewnego czasu obecne. Skoro już o tym mówimy, to dopowiem. Szacuje się, że na 10 tys. badań może dojść do indukcji jednego nowotworu. To jest aż taka skala. Proszę o tym pamiętać.

Pani poseł Dziuk i wracamy do gości, ekspertów.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Izbo, chciałabym podkreślić jeden bardzo istotny aspekt, jeżeli chodzi o onkologię.

Szanowni państwo, 12 lat tworzyliśmy strategię onkologiczną, nie jest tak, jak nam zarzuca opozycja. To są konkretne działania. To nie był prosty dokument. Po 12 latach obecny rząd go przyjął, przyjęło ministerstwo, czego konsekwencją jest Krajowa Sieć Onkologiczna, która budowała się zgodnie ze standardami europejskimi i światowymi. Teraz jest następny etap, kiedy systemowo układamy profilaktykę.

To, co się udało – chciałabym podziękować organizacjom pacjenckim – wszyscy podpisaliśmy koalicję jednego działania, edukowania społeczeństwa. Jesteśmy teraz na następnym etapie – włączenia ministerstwa oświaty. Jeśli chcemy edukować społeczeństwo, to musimy zaczynać od przedszkola. Wszystkie projekty te przygotowane, opracowane, skonsultowane z ekspertami, których mamy dzisiaj na posiedzeniu naszej Komisji będą wdrażane systemowo. Chciałabym podziękować wszystkim profesorom, lekarzom. Naprawdę jest kierunek, jest cel, czyli edukacja społeczeństwa. W konsekwencji pokazujemy, jak mamy postępować, żeby prowadzić zdrowy styl życia. To jest gotowy program, który jest realizowany.

Cieszę się, że mamy w Sejmie tę przestrzeń, gdzie możemy edukować, gdzie pokazuje się wystawy. Chciałabym podziękować też panu przewodniczącemu, bo jest mocno zaangażowany w pracę w Komisji Zdrowia, gdzie możemy naprawdę zrobić dużo dobra.

Wiem, że opozycja lubi krytykować, ale ta krytyka musi być konstruktywna a nie polityczna. Możemy wkładać pewnego rodzaju założenia w ten cały trud edukacji profilaktycznej, która jest naprawdę wielkim wyzwaniem, bo mówienie a robienie, to są dwie różne, istotne rzeczy…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Ja naprawdę jestem do dyspozycji państwa. Kończąc, naprawdę mamy pole do działania, możemy zrobić dużo dobrego dla wszystkich Polek i Polaków. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Wracamy do ekspertów. Bardzo proszę.

Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej Artur Prusaczyk:

Artur Prusaczyk, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej pracujący w centrum medyczno-diagnostycznym na wschodnim Mazowszu.

Chciałbym przedstawić pierwszą sprawę – fundusz stworzył wiele możliwości. My z tych możliwości korzystamy. Uzyskujemy wyniki, które rekomenduje Komisja Europejska w 2030 r., czyli około 30% nowotworów w późnych stadiach, 70% we wczesnych. To udaje się uzyskać. Do tego potrzebne jest uczestnictwo populacyjne, a to z kolei jest niemożliwe do uzyskania bez zmiany sposobu zarządzania.

Jedną kwestią jest zmiana sposobu zarządzania programami ze strony płatnika. Tam jest bardzo dużo potencjalnej przestrzeni do skorygowania i usprawnienia. Drugim jeszcze większym polem do działania jest zarządzanie podmiotami medycznymi. Dotyczy to zarówno małych podmiotów medycznych, jak i bardzo dużych ZOZ-ów publicznych. Bez zmiany kultury zarządzania nie ma możliwości uzyskiwania wyników populacyjnych, w związku z czym nie można uzyskać oczekiwanych wyników.

Odpowiadając na pytanie pana posła Sośnierza… W związku z tym, że korzystamy ze wszystkich tych programów, to potrzebujemy mniej więcej 110 tomografii, żeby wykryć jeden nowotwór operacyjny raka płuca. Zrealizowaliśmy 25% wszystkich tych tomografii w Polsce, które były objęte pilotażem. Współpracujemy z Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc. Program jest niezwykle efektywny. Natomiast do tego potrzebna jest jeszcze jedna rzecz – zastosowanie e-Rejestracji.

Te wszystkie narzędzia, czyli rekonstrukcja zarządzania – zarządzania systemowego i zarządzania podmiotami – powodują konieczność wykorzystania nowoczesnych narzędzi, czyli przede wszystkim wyznaczania celów i ich egzekucji. To jest podstawa. Druga sprawa to zastosowanie e-Rejestracji. Ten pilotaż odbył się w zeszłym roku, wszystko działa, był również u nas, wiemy, że to jest sprawne narzędzie, wystarczy je tylko wdrożyć w życie,

Kwestia tak zwanej integracji poziomej i integracji pionowej… W Polsce jest system oparty na wielu praktykach prywatnych. Myślę, że nie ma sensu eliminować ich z rynku, czy w ogóle myśleć o takim sposobie poprzez eliminację, tylko poprzez integrację – tak zwaną integrację funkcjonalną. Polega to na tym, że wszyscy korzystają z tych samych systemów informatycznych, raportują diagności, bo tam i tak muszą trafić te wyniki, natomiast nie powinno być zgody na wykonywanie badań substandardowych. W tej chwili taka zgoda de facto jest, natomiast to trzeba po prostu zmienić. Na przykład nie powinny być realizowane badania cytologiczne w ramach specjalistyki bez kontroli jakości, tym bardziej w gabinetach prywatnych. Jednocześnie program, który jest trudniejszy – pan prof. Pieńkowski i pan prof. Nowakowski zabierali głos – nie jest faworyzowany. To naturalne, zgodne z prawem Kopernika… Tak jak słaby pieniądz, słaba usługa wypiera dobrą usługę. To naturalne, wobec tego należy zastosować jakieś działanie.

Ostatnia sprawa to kwestia kształcenia kadr i zespołu wdrożeniowego Narodowej Strategii Onkologicznej. Bardzo dobrze, że taki zespół powstał, natomiast musi powstać w tym ciele pewna składowa dedykowana profilaktykom, która połączy wszystkie te nitki. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, teraz pani.

Wicedyrektor fundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, jeszcze się przedstawię, Joanna Frątczak-Kazana, fundacja Alivia, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Chciałabym odnieść się do sprawozdania, które przedstawił pan minister, ale najpierw – może w uzupełnieniu tego, co mówił pan poseł Hardie-Douglas – podzielę się danymi odnośnie do populacji do szczepień HPV.

Według danych GUS-u z 2022 r. – ludność, stan i struktura ludności – ta populacja, która podlega programowi szczepień, to 857 933 osób. Według danych ministra zdrowia z wczoraj zaszczepiono 11 tys. osób, a 15 tys. zapisało się i czeka w kolejce. Gdyby wszyscy, którzy są w kolejce, zaszczepili się, to wyszczepialność byłaby na poziomie, uwaga, 3%, w związku z czym…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Momencik. Chyba nie ma zakończenia zapisów…

Wicedyrektor fundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Nie, nie, nie. Ja tylko…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To na tym etapie… Proszę.

Wicedyrektor fundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Na tym etapie… Ja stwierdzam pewien fakt. W związku z czym moje pytanie… Oczywiście wiemy, że tendencja będzie się zmniejszała, bo ci, którzy byli zdecydowani, zapisali się.

Natomiast moje pytanie jest następujące. Jakie są założenia, jeżeli chodzi o liczbę osób, które przystąpią do szczepień w 2023 i 2024 r.? Może powinniśmy zastanowić się wspólnie, w szerszym gronie, jakie działania należałoby podjąć, żeby wyszczepić 10, 20, 30, 40, 50% i jak dochodzić do tego poziomu 90% i więcej, czy do poziomów europejskich, ponieważ obawiamy się, że przy obecnie prowadzonych programach promocyjnych i informacyjnych – bo uwaga, to nie są działania edukacyjne – nie będziemy w stanie wyszczepić dużej populacji.

Jeżeli jesteśmy przy działaniach edukacyjnych, ale już w szerszym kontekście, nie tylko szczepień HPV, to moje pytanie do pana ministra jest następujące. Co z przedmiotem edukacja zdrowotna? Został zapisany w Narodowej Strategii Onkologicznej. To zadanie miało być realizowane w 2021 r., jeżeli dobrze pamiętam, natomiast do tej pory nie wiemy, czy ten przedmiot wejdzie, czy nie wejdzie… Zastąpiono go w pewnym momencie godzinami z wychowawcą o profilaktyce zdrowotnej, natomiast ewidentnie widać, że do tego tematu trzeba wrócić. Edukacja zdrowotna jest potrzebna.

Kolejne kwestie ze sprawozdania pana ministra dotyczą Krajowej Sieci Onkologicznej. Mam kilka pytań, czy zrobiono symulację, ile ośrodków przystąpi do KSO, czy będą na ten czas spełniały warunki przystąpienia do KSO i czy wiadomo, w ilu ośrodkach na poszczególnych poziomach będą leczone nowotwory kobiece.

Kolejna kwestia dotyczy koordynatora. O tym też była mowa w sprawozdaniu. Koordynator musi być wyznaczony w najbliższym czasie, natomiast wciąż do końca nie wiadomo, jaka będzie jego rola i jaki będzie zakres obowiązków.

Wczoraj byłam na konferencji „Onkologia 2023”, był na niej oczywiście pan prof. Rutkowski, a prowadził ją pan dr Meder. Była zaproszona również pani prezes stowarzyszenia koordynatorów onkologicznych. W toku dyskusji okazało się, że zespół pracuje nad wdrożeniem Krajowej Sieci Onkologicznej i nad wyznaczeniem roli koordynatora, natomiast pani prezes tego stowarzyszenia kompletnie nie wie o takich działaniach – a stowarzyszenie zrzesza kilkuset koordynatorów – i nie jest zaproszona do tego zespołu. W związku z tym prośba, jeżeli taki zespół pracuje, o włączenie tego stowarzyszenia do prac.

Kolejna kwestia dotyczy profilaktyki i badań przesiewowych w kierunku wykrycia nowotworów kobiecych. Prowadzi się dużo działań informacyjno-promocyjnych, ale trzeba też postawić cele i – w kontekście celu, jaki stawiamy – wyznaczać działania, dedykować budżety… Dedykujemy budżety i wydajemy pieniądze na działania promocyjne, jakby nie wiedząc, jaki one powinny przynieść efekt. Jeśli chcemy, żeby o 10% więcej osób zgłaszało się na badania, to podejmujemy odpowiednie działania, dedykujemy odpowiedni budżet, a jeżeli chcemy osiągnąć inne, wyższe cele, to dedykujemy inny rodzaj działań i inne budżety. Tak więc prośba o odpowiedź, czy takie cele są postawione.

Działania promocyjne i zachęcające do badań profilaktycznych przede wszystkim w kierunku wykrywania chorób kobiecych… Pytanie jest następujące, czy prowadzone kampanie spowodowały większe zainteresowanie badaniami i większą zgłaszalność. Czy w ogóle zbierane są takie dane i prowadzone są analizy, na podstawie których podejmowane są dalsze decyzje, jak wydatkować te pieniądze, ile wydatkować i co zrobić?

Kolejna kwestia dotyczy unitów ginekologicznych i wytycznych diagnostyczno-terapeutycznych. Wczoraj usłyszeliśmy, że są one w tej chwili w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Moje pytanie jest następujące, kiedy możemy liczyć na to,

że wejdą unity ginekologiczne i kiedy wytyczne – jak usłyszałam wczoraj – zostaną ogłoszone w formie obwieszczenia.

Kolejna kwestia dotyczy profilaktyki i tego, o czym powiedziała pani posłanka Dziuk. Pani posłanka powiedziała o tym, że chcemy zająć się systemowo profilaktyką. Zatem moje pytanie… Powtórzę je, bo wczoraj zadała je moja koleżanka Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Kto w Ministerstwie Zdrowia jest odpowiedzialny za profilaktykę w Polsce? Kto odpowiada całościowo, systemowo za kwestię profilaktyki?

Kolejna kwestia. Chciałabym pochwalić pana ministra i podziękować mu za jeden obszar, który jest dość dobrze objęty opieką – tak to oceniamy, mówił o tym też pan prof. Pieńkowski – dostęp do nowoczesnych terapii. Jest jeszcze duże pole do poprawy, ale faktycznie widzimy duży postęp.

I ostatnia rzecz. W sprawozdaniu nie został jeszcze wymieniony jeden nowotwór kobiecy, który bardzo często występuje, rak endometrium. W Polsce w 2022 r. był najczęściej rejestrowanym nowotworem wśród kobiet, po nowotworach płuc i piersi. Stanowił 7,4% wszystkich zachorowań i odpowiadał za 4% zgonów. Zatem ogromna prośba o to, aby zająć się również tym tematem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

A moja ogromna prośba jest taka, żeby te wypowiedzi były krótsze, a nie takie po 7, 8 minut.

Wicedyrektor fundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę.

Adiunkt w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie Katarzyna Pogoda:

Dzień dobry, szanowni państwo, nazywam się Katarzyna Pogoda, jestem onkologiem klinicznym, adiunktem z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Narodowego Instytutu Onkologii. Chciałabym poruszyć dosłownie dwie kwestie.

Pierwsza to jest oczywiście dostęp do terapii. Leczeniem chorych na raka piersi zajmuję się na co dzień. Bardzo się cieszymy, że lista leków, które państwo widzicie w sprawozdaniu, cały czas się poszerza, więc nasze możliwości naprawdę znacząco wzrosły w ostatnich dwóch latach. Cała współpraca z Departamentem Polityki Lekowej i Farmacji jest naprawdę bardzo intensywna, czasami burzliwa, ale nasze dyskusje są bardzo konstruktywne.

Kolejne zmiany, które zapowiadają się na lipiec, też wyglądają bardzo dobrze. Jako klinicyści bardzo prosimy o dalsze intensywne prace nad polepszaniem warunków leczenia chorych na raka piersi i skupianie się na terapiach. Terapie dają największe korzyści, bo z leków refundowanych wchodzą różne terapie, natomiast my, jako klinicyści, uważamy, że te terapie – które rzeczywiście dają największe korzyści dla chorych, wydłużają czas bez progresji choroby, są w stanie wyleczyć nasze pacjentki – to niesamowita korzyść. Leki, o których wspominał pan prof. Pieńkowski, to jest rzecz, na którą czekamy.

Natomiast drugi element nie pojawił się w tej dyskusji. Szanowni państwo, z uwagi na to, że coraz lepiej leczymy raka piersi i naprawdę zdecydowana większość naszych pacjentek to kobiety wyleczone, potrzebujemy pomocy, jeśli chodzi o późniejsze badania kontrolne. My jako onkolodzy chcemy się skupić na leczeniu naszych pań właśnie przy pomocy nowoczesnych terapii, natomiast potrzebujemy pomocy, jeśli chodzi o badania kontrolne. Kobiety są wyleczone i ta kula śnieżna cały czas narasta. Każdego roku przychodzą do nas pacjentki po mammografię po 20–30 latach. My, jako onkolodzy, nie mamy takiej mocy przerobowej. Nas tak nie przyrasta. Mimo naprawdę bardzo dobrej kampanii „Planuję długie życie", potrzebna jest pomoc systemowa, żeby lekarze, na przykład z POZ, mogli część tej opieki przenieść na swoje warunki, bo później nie jesteśmy

w stanie zapewnić optymalnej opieki i czasu na wizycie pacjentkom aktywnie leczonym. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś? Pan, proszę bardzo.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich.

W listopadzie ub.r. w piśmie „Lancet" opublikowano artykuł, w którym dowiedziono, że tym, co różni dojrzałe i efektywne systemy opieki onkologicznej od tych, które nie są tak efektywne, jest kwestia nierówności w zdrowiu. Zgodnie z wnioskami z tego artykułu 46% zgonów z powodu nowotworów u mężczyzn i 24% zgonów z powodu chorób nowotworowych u kobiet w naszej części Europy wynika z różnic w statusie edukacji, statusie materialnym czy społecznym. Zatem uprzejmie proszę wszystkie strony uczestniczące w pracach Komisji – to zapewne w tej kadencji się nie uda – żebyśmy w przyszłej kadencji zapewnili Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego możliwość zmierzenia tych nierówności, zbadania przyczyn ich występowania. Czego nie zmierzymy, tego nie możemy poprawić.

Mam natomiast jedno pytanie do pana ministra. W ostatnich miesiącach na biurko pana ministra Niedzielskiego – jeżeli wierzyć doniesieniom mediów branżowych – trafiło sprawozdanie z pilotażu sieci onkologicznej. Nie chodzi mi o syntetyczny raport, który został opublikowany na stronie Ministerstwa Zdrowia, tylko o ten pełny raport, który ma ponad 500 stron. Wszyscy członkowie zespołu, którzy go opracowali, z nieznanych mi przyczyn zostali zobowiązani do zachowania poufności. Chciałbym zapytać, dlaczego podjęto decyzję o utajnieniu czy zastrzeżeniu jawności tego dokumentu i kto podjął taką decyzję.

Drugie pytanie. Wiele miesięcy temu rozpisano konkurs w ramach Funduszu Medycznego na dofinansowanie ośrodków onkologicznych. Chciałbym zapytać, kiedy on zostanie rozstrzygnięty, jaka jest kwota dofinansowania i jaki jest horyzont realizacji tych inwestycji. Pięknie dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani poseł, zaczniemy od pani poseł Gelert. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, proszę o odpowiedź na piśmie, bo to jest informacja niezmiernie ważna – przynajmniej dla mnie – i chciałabym, żeby była bardziej szczegółowa. Dotyczy ona właśnie KSO i wydanych niedawno rozporządzeń do KSO. Chodzi o jedno rozporządzenie ministra, jak i załącznik do rozporządzenia, w którym określa się szczegółowe dane.

W tym rozporządzeniu wprowadzają państwo zapis, który mówi, że w Krajowej Sieci Onkologicznej będzie można zabezpieczyć pewne warunki do realizacji, jeżeli będzie do nich dostęp. Chodzi o badania histopatologiczne, śródoperacyjne, o pracownie diagnostyki genetycznej i molekularnej. Natomiast mam pytanie do pana, czy rozpatrują państwo, aby obszar radioterapii można było mieć w tym samym miejscu, ale niekoniecznie własny, aby osiągnąć SOLO3. Chodzi o to, żeby ośrodek radioterapii był w tym miejscu, wtedy spełnia założenia potrzebne do tego, żeby dany ośrodek mógł prowadzić… Wiem, że były takie dyskusje. To było zgłaszane do Ministerstwa Zdrowia, żeby ten obszar radioterapii mógł zapewnić podmiot wykonujący działania w tym miejscu, a niekoniecznie był trzecim obowiązkowym obszarem prowadzonym przez dany podmiot. Myślę, że chyba dosyć jasno się wyrażam. W każdym razie mam prośbę, aby był pan tak uprzejmy i powiedział, czy to jest możliwe i czy rozpatrują państwo tego typu rozwiązania. W całej Polsce jest niewiele ośrodków, chyba tylko kilka nie posiada swojej własnej radioterapii, natomiast korzysta z radioterapii, która jest w miejscu działania. To nie jest w lokalizacji, ale w miejscu pod tym samym adresem, nie widzę więc problemu… To natomiast nie jest zapisane, więc o to pytam.

Drugie pytanie dotyczy mammografii. Dużo osób zgłasza, że bezpłatna mammografia bez skierowania jest do 69 r.ż. jako proces profilaktyki. Czy ten okres można wydłużyć?

Sporo osób chciałoby, żeby to było powyżej 69 r.ż., bo, jak państwo wiedzą, żyjemy coraz dłużej i coraz dłużej jesteśmy w dobrej kondycji. Wiadomo oczywiście, że można wykonywać mammografię w każdym wieku, ale tu chodzi o program profilaktyczny a nie o to, żeby pójść po skierowanie na badanie. To było moje drugie pytanie.

I trzecie pytanie… W załączniku do rozporządzenia ministra zdrowia podają państwo liczbę i rodzaj procedur chirurgicznych. Czy państwo uważają, że minimum 150 zabiegów, jeżeli chodzi o nowotwór ośrodkowego układu nerwowego, i minimum 250 zabiegów, jeśli chodzi o nowotwór piersi, to są trafione liczby? Zdaję sobie sprawę z tego, że jeżeli jest to wykonywane poniżej tej liczby, to wówczas nie zyskuje się wskaźnika, za który jest płacone, ale czy nie będzie to docelowo wiązało się z tym, że jeśli tego wskaźnika nie będzie się uzyskiwało, to za jakiś czas państwo stwierdzicie, że w ogóle nie można wykonywać tej procedury. To jest trzecie pytanie.

Czwarte pytanie padło już kilka razy. Jaka jest strategia na kampanię? Faktycznie to jest istotne. Ze szczepieniem przeciwko HPV jest jak jest, rozpoczęło się jak się rozpoczęło, ale… Jaką mamy strategię na dalsze szczepienia? Wychodzi na to, przynajmniej w tej chwili, że 2–3%… Jak słusznie pani powiedziała, ci, co mieli i chcieli się zapisać, zapisali się w pierwszej kolejności, a z pozyskiwaniem dalszej młodzieży będzie coraz trudniej.

I jeszcze takie pytanie… Ono też padło, ale chcę je podkreślić. Czy jest wstępna ocena, jeżeli chodzi o Krajową Sieć Onkologiczną, ile ośrodków i na którym poziomie spełnia warunki? Jak państwo szacują, ile będzie tych ośrodków? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie widzę już posłów chętnych do zabrania głosu. Udzielę sobie głosu niejako w ramach podsumowania dyskusji.

Proszę państwa, wszyscy dyskutanci mają wspólny cel – dobro pacjenta onkologicznego, ale najlepiej, żeby nie stać się tym pacjentem. Taki cel przyświeca nam wszystkim siedzącym na tej sali, ale nie tylko.

Zwróciłbym uwagę na kilka kwestii, które nie były jeszcze poruszane, bo chciałbym powiedzieć o czujności onkologicznej, o kancerofobii i o pewnych kwestiach w nawiązaniu do kampanii antynikotynowej. Proszę państwa, przecież mamy kampanię antynikotynową – szczerą, autentyczną, powiedziałbym, wieloletnią – w której jest informacja, uświadomienie i wszelkie inne rodzaje kampanii… Efekt jest taki, że cały czas mamy w Polsce 8,5 mln ludzi palących. Mimo że prowadzimy to na szeroką skalę, naprawdę bardzo profesjonalnie – wszystkie organizacje pozarządowe itd. – to nie mamy efektu. Jedni umierają, są zastępowani przez grupy młodzieży, które inicjują palenie tytoniu. Praktycznie nie mamy spektakularnego sukcesu.

Oczywiście cały czas ważna jest promocja, profilaktyka pierwotna i wtórna, ale istotna jest też czujność onkologiczna, czyli jak ustrzec się przed rakiem. Czujność onkologiczna zarówno ludzi, społeczeństwa, pacjentów, jak i lekarzy, i to najlepiej lekarzy pierwszego kontaktu. Jest ponoć taka niepisana złota zasada trzech tygodni, że jeśli u człowieka pojawi się jakiś nowy objaw, który był dotąd nieobecny, trwa około trzech tygodni i nie przechodzi po leczeniu przeciwzapalnym, przeciwbólowym i przeciw jakimkolwiek innym, to przede wszystkim należy wykluczyć nowotwory. Należy wykluczyć nowotwór i pogłębić diagnostykę.

Jeśli chodzi o kancerofobię, proszę państwa, to, niestety, kancerofobia istnieje w społeczeństwie. Są jej dwa rodzaje. Z jednej strony jest kwestia urojonego raka. Pacjent chodzi po wszystkich lekarzach, wszystkich specjalistach, na wszystkie badania. Nadwyręża swój budżet i budżet służby zdrowia. Cały czas poszukuje raka, dlatego że ma takie przeświadczenie. Oczywiście to też jest wola pacjenta. Z drugiej strony niektórzy mają patologiczny lęk przez rozpoznaniem. To objawia się tym, że nie chcą o niczym wiedzieć, nie chcą być badani, co się nieraz potwierdza… Proszę zwrócić uwagę na to, że mamy program „Profilaktykę 40+”. Mamy tam PSA, mamy badanie kału na krew utajoną, mamy kolonoskopię oczywiście dla pewnej grupy wiekowej. Mało tego mamy jeszcze zachętę, bo jest konkurs nagród i to naprawdę dość istotnych. Mimo to zgłaszalność do programu jest bardzo znikoma.

Panie mówiły o cytologii. Przecież pamiętamy, że w poprzednich latach, 8 lat temu, też mieliśmy taki program, włączaliśmy w to pielęgniarki rodzinne i też było 11 czy 12% zgłaszalności na cytologię. Jest więc coś w społeczeństwie, że musimy wszyscy się aktywizować, mobilizować, integrować, jeśli chodzi o to, jak edukować, jak promować, jak dojść do ludzi.

Jeśli mówimy o HPV, to oczywiście cały czas jest wymagana edukacja, uświadomienie przede wszystkim rodziców, potem wszystkich innych. Lekarze, organizacje pozarządowe, musimy wspólnym wysiłkiem uświadamiać i namawiać do tego rodzaju szczepień, bo nie możemy wprowadzić obowiązku tych szczepień. To byłaby wręcz rewolucja i znowu mielibyśmy praktycznie odwrotny efekt. Musimy więc uświadamiać, promować i wpływać między innymi na młodzież, rodziców, żebyśmy to propagowali.

Jeśli chodzi o kwestię terapii, to wszędzie możemy powiedzieć, że mamy wielkie osiągnięcia w aspekcie terapii, immunoterapii, terapii genowej, terapii innowacyjnej. Oczywiście zawsze chcemy, żeby było więcej i zawsze chcemy, żeby było lepiej. Nawet w przypadku terapii raka piersi, jeśli sobie przypomnę, to 4–5 lat temu w naszej Komisji Zdrowia, to było w powijakach. Jeśli chodzi o terapię genową, o przeciwdziała monoklonalne i te innowacyjne leki, które przed chwilą były wymieniane, to naprawdę było cieniutko. Teraz, jeśli jest hormonozależny rak piersi, to mamy na to innowacyjne leki. Jeśli chodzi o raka potrójnie ujemnego, to mamy leki, kiedyś tego nie było. Jeśli mamy mutację genową BRCA1, to mamy innowacyjny lek, więc możemy jeszcze walczyć.

Chciałoby się powiedzieć, że rak to nie wyrok, ale warunek jest jeden – wczesne rozpoznanie. Jak to zrobić, żebyśmy wcześnie rozpoznawali? Jak to zrobić, żeby kobieta poddawała się przede wszystkim samokontroli piersi, żeby poddawała się USG piersi, mammografii piersi albo naprzemiennie… Jeśli na przykład przyjmuje hormonoterapię zastępczą, to dobrze by było, żeby naprzemiennie robiła USG i mammografię. Jak więc przekonać społeczeństwo? To konieczne, żeby ustrzec się przed rakiem, żebyśmy nie mieli tej kancerofobii w pierwszym i drugim wydaniu, żebyśmy mieli tę czujność onkologiczną. To jest bardzo ważna kwestia. Tak jak tu wszyscy siedzimy… Nawet te głosy lightowe, głosy krytyczne mają za zadanie pobudzić, zainicjować, zainspirować, zaktywizować nas do naszej wspólnej pracy, która by przyniosła efekty, żeby nie było tak jak z tą kampanią antynikotynową. Mimo że mamy wielkie, profesjonalne eventy, to jakoś nie działa.

Mówiliśmy tu o różnych rakach, ale proszę zwrócić uwagę na przykład na czerniaka. Czerniak jest najbardziej widoczny, a paradoksalnie jest najgorzej rozpoznawalny. Dlaczego? Dlaczego nie zważamy na to, że mówi się, żeby nadmiernie się nie opalać w kąpieli słonecznej między godz. 12 a 15? Tymczasem, gdy spojrzymy na plażę, to właśnie w tych godzinach jest największy stopień opalania się. Czy solarium, czy brak… W „Profilaktyce 40+" mamy chyba też badanie dermatoskopem i mało ludzi przychodzi chociażby obejrzeć skórę. To wszystko tkwi w nas samych. Musimy wszyscy wziąć się do pracy, łącznie z rodzicami, ze szkołą, z uczelniami i z naszymi ośrodkami.

Mamy teraz chirurgię robotową. Pamiętam, że kiedyś było z tym bardzo cieniutko. Teraz mamy chyba 31 ośrodków, które mają system robotowy da Vinci czy inny system. Mamy refundację w tym zakresie. Mam takie nieoficjalne wiadomości, że niektóre szpitale czy kliniki wręcz zapraszają wszystkich z rakiem prostaty na operację, oczywiście bezpłatną, choć pamiętamy, że jeszcze rok temu ludzie płacili 50 tys. zł za operację tego typu.

Mamy certyfikowane Breast Cancer Units. Mamy chyba 9 ośrodków w Polsce, zaraz będzie już 11. Mamy centrum kompetencyjne, to, o czym powiedział pan profesor, Narodową Strategię Onkologiczną. Oczywiście to nie wszystko.

Panie ministrze, dziękujemy za to, ale jeszcze prosimy o więcej, oczywiście dlatego że istnieje dług onkologiczny. Musimy w jakiś sposób się mobilizować, konkretyzować i cały czas iść do przodu w aspekcie nowych wyzwań, powiedziałbym nawet, że cywilizacyjnych, jeśli chodzi o medycynę onkologiczną. Dziękuję bardzo.

Prezes zarządu fundacji PKPO Krystyna Wechmann:

Panie przewodniczący, czy mogę powiedzieć jeszcze tylko jedno zdanie.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Proszę państwa, mamy już, niestety, głosowania… Ale o 12:30 miało nie być głosowań. To bardzo proszę. Kto jeszcze coś dopowie?

Prezes zarządu fundacji PKPO Krystyna Wechmann:

Krystyna Wechmann.

W obliczu tych sprawozdań i mówienia o chorobach nowotworowych w przypadku chorób kobiecych – rak piersi, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy czy rak płuca – bardzo ważnym elementem jest… Ewaluacja w tych programach lekowych właśnie w tym ostatnim okresie jest tak duża jak w raku piersi czy raku płuca, ale jednocześnie trzeba pamiętać o diagnostyce. Diagnostyka molekularna jest szalenie ważna, żeby zastosować tę terapię. Tego elementu zabrakło mi w tych dyskusjach. Trwają prace, mamy raport diagnostyki molekularnej w leczeniu nowotworów, więc chciałam zwrócić uwagę na ważność tego tematu.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Musimy oddać głos panu ministrowi. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie. Było kilka zakresów pytań. Między innymi sporo było pytań i dyskusji dotyczących programu HPV. Proszę nie wchodzić w dyskusję polityczną. To jest nasze wspólne zadanie.

Chciałbym powiedzieć, że to nie jest świadczenie obowiązkowe – tak jak powiedziałem – i nie planujemy, żeby szczepienie było obowiązkowe. To nie jest świadczenie w trybie nagłym. To nie jest tak, że będziemy jeździli karetką po pacjentów, żeby pierwszego dnia zabezpieczyć 850 tys. osób, bo takie jest państwa oczekiwanie, bo minęło już 14 dni i nie wszyscy są zaszczepieni, a nawet niecałe 100% zostało zaszczepione, ale widać istotne wzrosty.

Oczywiście można to było lepiej przygotować, zgodnie z oczekiwaniami, bo jak państwo wiedzą, kupiliśmy ten produkt dopiero w maju, więc mogliśmy ewentualnie… Zastanawialiśmy się, czy faktycznie nie przesunąć tego na jesień, bo wtedy jest najlepszy czas. Wydawało nam się, że warto to rozpocząć jeszcze przed wakacjami, żeby to przeanalizować, przetestować, zobaczyć, jak to wszystko działa, i później, we wrześniu, jeszcze raz powrócić do projektu, żeby było zdecydowanie więcej chętnych i żeby mocniej przygotować kampanię informacyjną. To było świadome i celowe działanie, żeby rozpocząć szczepienia przed wakacjami.

Jeśli chodzi o liczbę zaszczepionych, to jest już 13,5 tys. osób, z tego chyba 2659 osób wczoraj zostało zaszczepione. Gdybyśmy patrzyli przez pryzmat 250 dni, to mamy zaszczepione około 80% populacji z dwóch lat. W związku z tym, jeśli zaszczepiłoby się 650 tys. osób, to jest więcej niż rok, a wiemy, że mamy dwa roczniki. Proszę też nie mówić, że jeśli ktoś się teraz nie zaszczepił, to jest to błąd i że nie będzie mógł zaszczepić się jutro, bo jutro też można się zapisywać na szczepienia, pojutrze – z tego, co wiem – również. Zapisy nie są zamknięte do bieżącego tygodnia.

Widziałem w tych raportach, które posiadamy – bo mamy raporty codzienne – że wczoraj zaszczepiło się 2649 osób, a przedwczoraj 2306. Mamy też bardzo ciekawe dane. Widzę, że Poznań jest liderem. Jedna placówka, Centrum Medyczne w Poznaniu, wykonała 194 szczepienia. Kolejne miejsce zajmuje Toruń – 130. W Wieliczce jeden ośrodek wykonał 121 szczepień. Widać więc, że niektóre ośrodki są bardzo mocno zaangażowane i bardzo szybko realizują te świadczenia zdrowotne. Proszę dać tym pacjentom, dzieciom, spokojnie się zaszczepić.

Kiedy będą widoczne efekty? Jeśli chodzi o raka szyjki macicy, to chyba po 50 r.ż. jest najwięcej tych osób, w związku z tym chyba minie jeszcze ze 40 lat, zanim będzie istotny spadek. Być może nawet niektóre koalicje rządowe przez ten czas się zmienią, chociaż niekoniecznie, ale na pewno będziemy się starali, żeby było jak najlepiej.

Jeśli chodzi o inne rzeczy, to była mowa o leczeniu, mówił pan poseł Miller. Ja już byłem ucieszony, że będę mógł powiedzieć, że trastuzumab jest finansowany już od 2012 r. Ostatnio, od marca, przeszedł do świadczeń w zakresie katalogu chemioterapii. Może być realizowany we wszystkich wskazaniach, gdzie nie ma konieczności reali-

zowania wszystkich badań. Może być używany w każdej linii leczenia, bo to jest bardzo, bardzo skuteczny lek i dlatego został przeniesiony do katalogu chemioterapii. Tak robimy z lekami, które są zgeneryzowane – są stosunkowo tanie – żeby było poszerzone wskazanie, a skupiamy się na tych innowacyjnych lekach, żeby pozostały w programach terapeutycznych.

Tak jak powiedziałem, terapii w każdym wskazaniu mamy już bardzo wiele. Ostatnio udało się to w „potrójnym" raku piersi. Teraz też planujemy kolejne zmiany, ale – jak powiedziałem – nie jestem upoważniony do mówienia. Chyba dopiero jutro zobaczę na stronie, jakie leki będą planowane do refundacji i wtedy – razem z państwem – się z tym zapoznam. Słyszałem jednak dobre wieści, że w niektórych zakresach co najmniej połowa aktualnych leków będzie refundowana.

Też to sprawdzałem, bo była mowa – pani Krystyna pytała i ktoś jeszcze – na temat endometriozy. Są przygotowane dwa zakresy, a właściwie kilka, bo z panem prof. Czajkowskim bardzo mocno współpracujemy. Jest powołany zespół. Jeden element… To najprawdopodobniej częściowo, przy ewentualnych zmianach prawa jeszcze w tej kadencji, jeśli będą możliwe, że… W przypadku leków, które są zgeneryzowane, będzie można rozszerzyć wskazania z urzędu przez ministra zdrowia, bo wiemy, że w przypadku endometriozy praktycznie żaden lek nie jest refundowany. To znaczy jest kilka, ale powinno być jeszcze kilka, ale żadna firma nie była zainteresowana złożeniem wniosku. Tak więc być może z urzędu w tym zakresie poszerzymy wskazania.

Jeden lek innowacyjny jest aktualnie w procesie. To jest lek dostarlimab. On jest już oceniony przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i został przekazany do negocjacji komisji ekonomicznej. Widziałem, że w tym tygodniu odbyły się pierwsze negocjacje. Firma jest zaangażowana, bo widzę, że przedstawia kolejne oferty, tak więc negocjacje toczą się bardzo intensywnie. Oczywiście w lipcu na pewno nie, ale mam nadzieję, że w przyszłości będę miał tę możliwość, żeby podpisać taką decyzję refundacyjną.

Pracujemy też nad chirurgią robotową, nad analizą. Jak państwo wiedzą, pierwsza analiza, pierwsze wytyczne były takie, że deklarowane doświadczenie liczby badań… Wiemy, że w zakresie chirurgii robotowej, w ogóle chirurgii, doświadczenie operatora jest bardzo istotne. Wiemy, że część ośrodków pewnie nie spełni tych wymogów. Widzimy też wiele ośrodków, które mają dużą liczbę pacjentów, którymi się zajmują, którzy są kwalifikowani do różnego typu operacji i które powinny mieć również możliwość poszerzenia rożnych typów operacji. Są to głównie centra onkologii, jeszcze nie wszystkie mają chirurgię robotową, ale warto by było, żeby miały. Mamy takie analizy, które ośrodki mogłyby być wsparte w tym zakresie, a w przypadku których nie ma uzasadnienia, żeby to rozwijać, bo to powinna być jedna z metod a nie metoda podstawowa. W tym zakresie planujemy jeszcze rozszerzenie wskazań finansowanych.

Oczywiście, jak państwo wiedzą, każde świadczenie można wykonać różnymi metodami. Jest finansowane jednolicie, bo to jest wykonanie zabiegu, a to jaką techniką, to ustala sobie każdy szpital. Oczywiście techniki muszą być dopuszczone do wykonywania, ale jest bardzo duża dowolność w zakresie stosowania wyrobów medycznych. W zdecydowanej większości nie ma negatywnego systemu, gdzie mówimy, że dana operacja nie może być wykonana laparoskopowo, że nie ma prawa być wykonana taką techniką, bo te techniki są bardzo różne, w zależności od tego, jak uczą w poszczególnych ośrodkach. Są różne ośrodki – poznański, krakowski, warszawski. Każdy się kłóci, który ma lepsze osiągnięcia, jakie dojścia, przecież o tym wiemy. Dlatego, między innymi, ta Narodowa Strategia Onkologiczna, żeby wszędzie leczyć tak samo dobrze. Niech ci profesorowie się spotkają i ustalą, czy faktycznie przekonają innych, że ich metoda jest najlepsza.

Oczywiście dziękuję panu Prusaczykowi, który powiedział, że wyniki są bardzo dobre i że to zależy – ja pójdę od końca – głównie od zarządzających tymi podmiotami. Chodzi o to, żeby czuli, że profilaktyka i wczesne rozpoznanie są bardzo istotne ze względów klinicznych, żeby patrzyli pod kątem dobra pacjenta, pod kątem jego potrzeb, żeby wykazywali taką czujność w przypadku każdego pacjenta. Czujność to jest jedna rzecz a standardy postępowania w danym podmiocie to druga. Wszystko bardzo mocno zależy od zarządzających, jak motywują pracowników, żeby ukierunkowywali się na właściwe procesy leczenia. Oczywiście bardzo cenię sobie wszystkie opinie, ponieważ państwo

mają dużo uwag, wiele jest uzasadnionych, w związku z tym wiemy, że nie jesteśmy najlepsi. Korzystamy z państwa propozycji. W ramach naszych możliwości zmieniamy wiele zadań, biorąc pod uwagę to, co państwo do nas mówią.

Jeśli chodzi o liczby tych badań, to na razie – tak jak państwo wiedzą –te wskaźniki są dookreślone. Około 5 lat temu NFZ wsparł onkologię w zakresie ośrodków, które wykonują dużą liczbę badań. Są wskaźniki jakościowe, ponieważ z pierwszych map potrzeb zdrowotnych wynikło, i z wszystkich badań bardzo dobrze punktowanych czasopism, że doświadczenie operatora, doświadczenie ośrodka jest bardzo istotne w jakości leczenia. W związku z tym ilość przekłada się na jakość odnośnie do tej zasady.

Było pytanie, kto jest odpowiedzialny za profilaktykę w Ministerstwie Zdrowia. Według struktury organizacyjnej w Ministerstwie Zdrowia jest Departament Zdrowia Publicznego, w którego kompetencjach jest profilaktyka szeroko rozumiana w każdym zakresie. Współpracuje on w tym zakresie z Departamentem Lecznictwa w zakresie onkologii. Mamy też wyspecjalizowaną jednostkę – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – która z nami współpracuje. Teraz tą jednostką zarządza osoba, która bardzo mocno zna się na tej dziedzinie, przeszła z bardzo dobrego, eksponowanego stanowiska z Narodowego Funduszu Zdrowia i te zadania na pewno będą szybciej realizowane.

Ile mamy ośrodków i jakie są? Wiem, że nad rozporządzeniami jeszcze pracujemy. Nad wytycznymi też jeszcze pracujemy. Realizuje to Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji razem z Centrum Onkologii. Powołany jest do tego specjalny zespół.

Jeszcze powrócę do HPV. Nie było nigdy negatywnego stanowiska Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie HPV. Były wytyczne, w jaki sposób prowadzić postępowanie przetargowe. Zrealizowaliśmy je w trochę inny sposób. Zastosowaliśmy inny system zakupu, który umożliwił zakupienie wszystkich rodzajów szczepionek, które są dostępne.

Kampania antynikotynowa. Głównym czynnikiem ryzyka – praktycznie we wszystkich nowotworach – jest nikotynizm. Z tym na pewno mamy problem jako Polska i jako świat. Musimy na pewno nad tym mocno pracować. Mamy raporty, że wśród dzieci dostęp do wszystkich typów papierosów – w szczególności tych innowacyjnych e-papierosów i wyrobów podgrzewanych – jest bardzo duży. Na pewno będziemy musieli z tym mocno walczyć, bo branża ma z tego duże zyski, a uzależnienie jest bardzo proste, w szczególności osób młodych. Na pewno będziemy z tym walczyć. Pewnie trzeba będzie przygotować krajową strategię. Europa i Światowa Organizacja Zdrowia bardzo mocno nad tym pracują, ale jako społeczeństwo również musimy mieć strategię, jak walczyć z tym problemem.

To chyba główne rzeczy, na które ogólnie odpowiedziałem. Na pewno będziemy wzmacniać to, co powiedział pan poseł Sośnierz, żeby przekazywać więcej informacji na temat różnych badań profilaktycznych na poziomie ośrodka, efektywności tych ośrodków. W zakresie realizacji programów lekowych w niektórych programach jest raportowanie całościowe. Mamy już 6-letnie wyniki w zakresie chorób siatkówki. Dane są zebrane na poziomie województwa, powiatu i jednostki. Widać, jaka jest skuteczność w przypadku pacjentów przed rozpoczęciem leczenia, jaka w pierwszym, drugim, trzecim roku, jak często pacjent jest poddawany leczeniu. Wszystkie te dane są dostępne publicznie, wszyscy mogą analizować, które ośrodki są sklasyfikowane jako najlepsze, które jako średnie, które muszą się mocno poprawić, a które, być może, docelowo nie powinny być finansowane ze środków publicznych. Najważniejsze, żeby pokazywać, żeby wszyscy się uczyli, do czego mają dojść. To samo jest właśnie w onkologii, w Narodowej Strategii Onkologicznej, żeby te standardy były jednakowe. Bardzo serdecznie dziękuję, jestem do dyspozycji.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo.

Na tym kończymy nasze posiedzenie Komisji. Dziękuję paniom posłankom, panom posłom za bardzo spokojną, wyważoną i merytoryczną dyskusję. Dziękuję panu ministrowi Maciejowi Miłkowskiemu i przedstawicielowi Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawicielom Departamentu

Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta. Dziękuję również wszystkim przedstawicielom świata medycyny, świata nauki, dydaktyki, wszystkim panom profesorom, paniom profesor, również wszystkich przedstawicielom fundacji, stowarzyszeń, towarzystw, federacji. Jeszcze raz bardzo dziękuję za bardzo merytoryczną dyskusję, bardzo spokojną i wyważoną. Dziękuję bardzo i pozdrawiam serdecznie.

Jeszcze nie zamknąłem posiedzenia, tak więc proszę bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dzień dobry. Maciej Karaszewski.

Mam jeszcze jedną informację dla państwa. Na naszych stronach – Zdrowe dane – co miesiąc jest aktualizowana informacja o realizacji profilaktyki odnośnie do powiatu. To jest naprawdę bardzo cenne źródło danych dla samorządów. Dzięki temu wiedzą, gdzie wejść z kampanią, bo przecież różnice są naprawdę kilkukrotne od 8% realizacji profilaktyki do 40%. To jest naprawdę cenna informacja dla samorządu, gdzie muszą zacząć działać. My to publikujemy co miesiąc i pokazujemy. Proszę korzystać z tych danych zarówno jako stowarzyszenia pozarządowe, jak i w ramach swoich samorządów, żeby samorządy działały, bo…

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Proszę powtórzyć adres.

Zastępca dyrektora departamentu w Centrali NFZ Maciej Karaszewski:

Nasza NFZ-owa strona – Zdrowe dane.

Wicedyrektor fundacji Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Jeżeli mogę coś dodać, to my – jako fundacje, stowarzyszenia – znamy te dane. Natomiast raczej chodziło o cel, jaki sobie stawiamy, jeżeli chodzi o realizację, bo to, jakie jest wykonanie, wiemy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.